

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

319

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure

PAR

M. ROSENTHAL

DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Officier d'Académie

DE LA DOULEUR

DANS LA

SYRINGOMYÉLIE

Sa valeur comme symptôme initial dans cette affection

Président : M. CHANTEMESSE.

Juges : MM. } DEBOVE, professeur.
GLEY et THOINOT, agrégés.

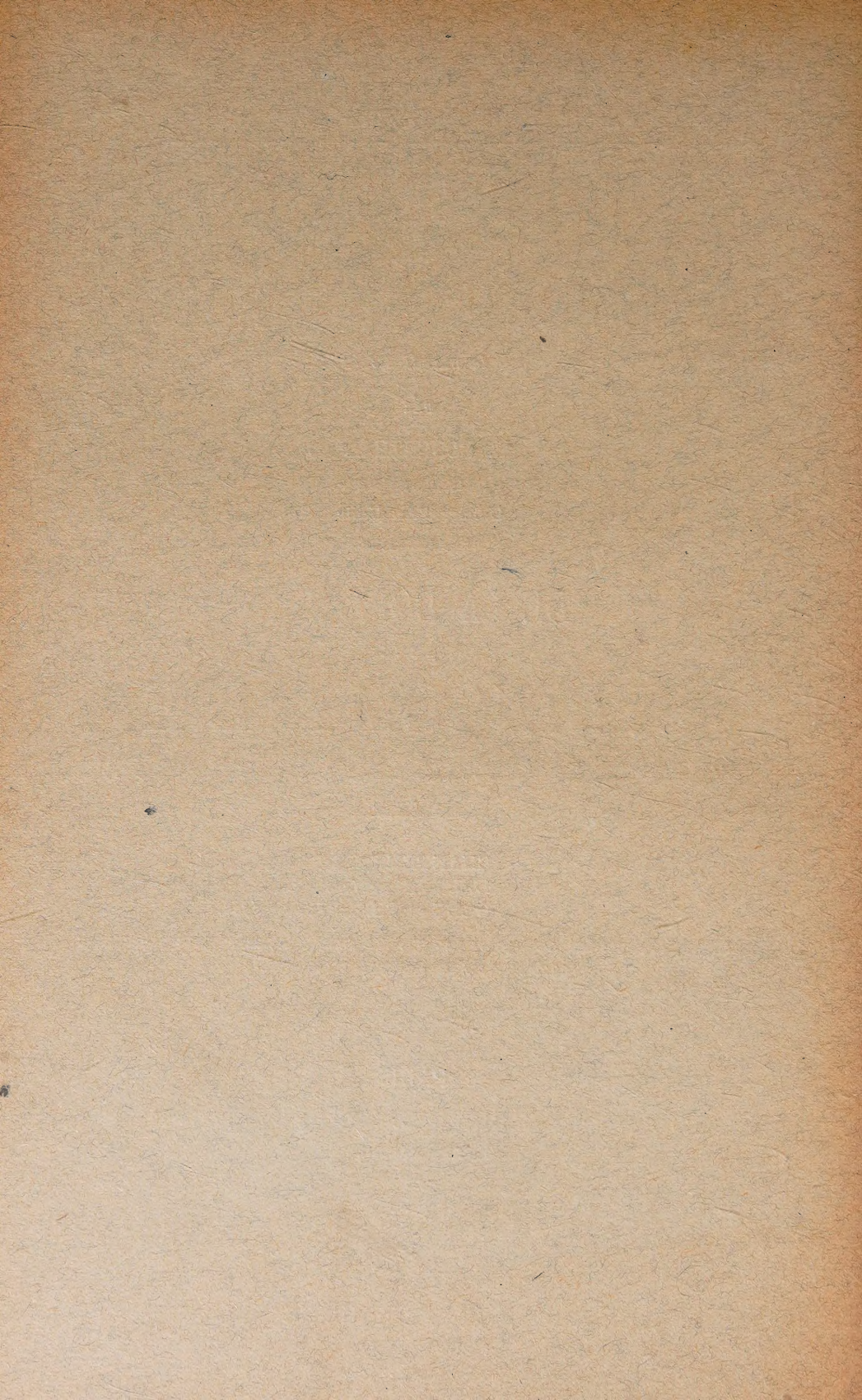
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRE et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

519

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure

PAR

M. ROSENTHAL

DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Officier d'Académie

DE LA DOULEUR

DANS LA

SYRINGOMYÉLIE

Sa valeur comme symptôme initial dans cette affection

Président : M. CHANTEMESSE.

Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
GLEY et THOINOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRE et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

*Respectueux hommage d'admiration et de profonde
reconnaissance*

A MON VÉNÉRÉ ET CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Membre de l'Institut,
Médecin en chef à l'Hôtel-Dieu,
Sénateur,
Commandeur de la Légion d'Honneur,
etc., etc.

A MON VÉNÉRÉ ET CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien en chef à l'Hôpital « la Charité »,
Commandeur de la Légion d'Honneur,
etc., etc.

A MON TRÈS HONORÉ ET CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin en chef de la Salpêtrière,
Officier de la Légion d'Honneur,
etc., etc.

A MON TRÈS HONORÉ ET CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien en chef à l'Hôpital Cochin,
Officier de la Légion d'Honneur,
etc., etc.

A MON TRÈS HONORÉ ET CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR AUDOU'HUI

Médecin en chef à l'Hôtel-Dieu,
Médecin du Ministère des affaires étrangères,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
etc., etc.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASNE

Chef de Clinique à la Salpêtrière.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHANTEMESSE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
etc.

*Hommage de profonde reconnais-
sance de l'honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

INTRODUCTION.

L'entité pathologique de la syringomyélie, telle qu'on l'entend depuis les travaux de Schultze et de Kkaler (1882) à l'étranger, de Debove, Déjerine, Chracot (1889) Cornil, Raymond en France, s'est affirmée par un ensemble de troubles de la sensibilité objective, mis en relief par Schultze et par Kahler, en ce qui concerne ses rapports avec la gliomatose médullaire. Or, le critérium entre la sensibilité objective et la sensibilité subjective ne saurait être que relatif. Ainsi, par exemple, la douleur est objective quand elle est provoquée et subjective quand elle est spontanée, mais dans les deux cas elle peut être objective et subjective à la fois.

Dans le tableau clinique de la syringomyélie, la séparation entre ces deux ordres de sensibilité n'est pas plus absolue. L'altération de la sensibilité objective est l'expression d'un état morbide qui n'épargne pas toujours la sensibilité subjective. Les douleurs spontanées sont fréquentes dans la syringomyélie et elles nous paraissent présenter une valeur symptomatique que nous nous proposons de préciser.

Quelques considérations sur la douleur et sur sa valeur symptomatique en général ne seront pas déplacées ici.

A l'état normal, quand les fonctions des éléments et organes concourent au maintien de l'équilibre physiologi-

que de l'organisme il y a bien être. Les phénomènes biologiques, abstraction faite des sensations intérieures qui se rattachent à l'exercice régulier des fonctions, s'accomplissent alors insensiblement, à l'insu pour ainsi dire, de l'homme bien portant, de manière à justifier en certaine mesure l'aphorisme : le bien-être consiste à ne pas se sentir.

Mais qu'une cause quelconque, venant du dehors ou surgissant au sein même de l'organisme, vienne provoquer une réaction anormale, locale ou générale, dans l'économie, et l'harmonie physiologique est rompue. Des sensations spéciales, plus ou moins pénibles, prennent naissance et constituent l'expression du processus réactionnel qui s'accomplit.

Au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale et, dans un organisme donné, suivant le degré de perfection et d'intégrité des centres de perception, des centres réflexes et des voies conductrices, ces sensations auront plus ou moins d'intensité, plus ou moins d'expression, tant au point de vue subjectif qu'au point de vue objectif.

Depuis le *Bathybius Haeckeli*, cette monère qui marque le premier jalon de la série animale jusqu'à l'homme qui représente l'être le plus élevé en organisation, l'expression du processus réactionnel aura naturellement à parcourir une gamme très variée, commençant par le mouvement rudimentaire de contraction et d'expansion, et aboutissant à l'acuité exquise que peuvent prendre les sensations chez l'homme.

Chez ce dernier, l'expression de la réaction, surtout au point de vue subjectif, est subordonnée à certaines condi-

tions de race, de sexe, d'âge et même d'éducation et de culture intellectuelle. Mais à un point de vue général la dernière expression de tout processus réactionnel est cette sensation particulière, pénible, que l'on désigne par le mot douleur.

CHAPITRE PREMIER

Sur ce qu'on appelait « douleurs rhumastimales »

Envisagée comme l'expression d'un état de souffrance, la douleur peut, par une analyse judicieuse, être ramenée à sa cause et constituer ainsi un symptôme de grande valeur. D'ordre subjectif, ce symptôme sollicitera, pour être bien interprété, toute la sagacité du médecin, même lorsque le patient est en état de décrire avec exactitude ce qu'il ressent. Si, comme la température, la douleur pouvait être suivie dans toutes ses phases et se laissait enregistrer avec précision par un instrument spécial, elle acquerrait la valeur d'un symptôme objectif ; ses manifestations permettraient alors de tirer des conclusions de la même précision que les courbes thermiques, par exemple. Mais, même à l'état actuel des choses, par cela même qu'elle prend une expression propre, elle est pour ainsi dire intelligible. Elle se révèle au patient par diverses modalités qui sont autant d'indications pour l'observateur. De plus, sa localisation, l'époque de son apparition, le mode de son évolution permettent de lui attribuer une signification.

A preuve le grand parti que la chirurgie tire du symptôme douleur, aussi bien dans les traumatismes que dans les affections inflammatoires. Elle fait, dès la plus haute antiquité, partie de la quadrilogie de l'inflammation, C'est

par la présence de la douleur et par son acuité maxima en un point donné que le chirurgien diagnostique une fracture sans déplacement des fragments ; c'est par le siège du point douloureux à une distance donnée de la pointe malléolaire que la fracture se distingue de l'entorse dans cette région. C'est la douleur qui annonce l'existence de varices profondes, avant toute altération apparente des veines superficielles. Dans l'appendicite, que la chirurgie dispute maintenant à la médecine, c'est la douleur au coup de pistolet avec maximum au point de Mac Burney qui, venant à l'appui des symptômes concomitants, décidera de l'intervention à froid.

Dans le domaine médical et particulièrement en neuropathologie la signification de la douleur seule ou associée au symptômes concomitants n'est pas de moindre importance ; c'est la localisation de la douleur à une moitié de la tête et sa périodicité qui permettent de distinguer la migraine des autres encéphalopathies ; c'est par sa forme, avec ses exacerbations nocturnes que la céphalée d'origine spécifique se distingue de la céphalée saturnine. Les douleurs fulgurantes de l'ataxie sont distinctes des douleurs sciatiques. Le neurasthénique ne ressent pas les mêmes douleurs que le sujet atteint d'une tumeur cérébrale.

Commune à un grand nombre de maladies, la douleur est le symptôme que l'on rencontre le plus fréquemment au lit du malade ; c'est aussi celui qui réclame le plus impérieusement le soulagement, de sorte que Trousseau a pu dire que « sans opium il n'y aurait pas de médecine possible. » Mais, en dépit de cette fréquence, ce symptôme admet, implique même une différenciation,

Suivant le siège initial de la lésion qui provoque la douleur et suivant l'organe ou la région à laquelle aboutit la sensation pénible, celle-ci prendra une expression différente et déterminera des troubles différents.

D'ordinaire le malade localise lui-même la douleur au point où il la ressent avec le plus d'intensité ; il la décrit même souvent d'une manière caractéristique et un examen attentif peut conduire à donner à ce symptôme une signification propre.

Dans les cas même d'aberration de la localisation subjective, comme dans les douleurs des membres fantômes, par exemple, n'est-on pas arrivé à discerner qu'il s'agit de douleurs centripètes allant de la cicatrice vers les centres de perception. En élaguant la partie illusoire, d'ordre psychique, de ces douleurs, on pourrait peut-être voir dans la manière dont elles se réfléchissent la confirmation clinique de la loi de la localisation des réflexes. En effet, suivant qu'elles sont provoquées dans tel ou tel point du nevrôme ou de la cicatrice du moignon, elles sont rapportées par le malade à telle ou telle partie du membre fantôme.

Et ne pourrait-on pas ramener au siège de la lésion plus ou moins profondément située la douleur qui se manifeste en un point donné ou en une région donnée. Une douleur périphérique révélerait alors une lésion centrale comme un trouble fonctionnel d'un muscle, par exemple, annonce la lésion du nerf qui l'anime ou de l'élément central qui le commande.

Dans sa leçon sur la main fantôme, notre très honoré maître, M. le professeur Raymond, a montré sur le malade qui a fait l'objet de la légion que la douleur provoquée en différents points de la cicatrice était rapportée par le

malade tantôt à la paume de la main, tantôt au pouce, à l'index, etc., donnant ainsi la vérification clinique de ce principe que tous nos éléments périphériques ont leur représentant dans la couche corticale.

Au fur et à mesure que les observations cliniques deviennent plus concluantes, à la lueur de l'anatomie pathologique, l'interprétation des phénomènes morbides se perfectionne et se précise.

Aujourd'hui nous sommes loin de cet état de la science où, sous le nom de « rhumatismales », on désignait toute une série d'affections douloureuses qui échappaient à la précision du diagnostic et qui étaient rien moins que rhumatismales.

Étaient taxées de douleurs rhumatismales toutes les affections douloureuses dont on ne savait pas discerner la cause et préciser la localisation ; toutes les inflammations, toutes les douleurs que l'on croyait devoir attribuer à l'action du froid entraient dans cette dénomination. D'où rhumatisme des séreuses, des muqueuses, des centres nerveux et de tous les organes parenchymateux. Mais c'est surtout sur le domaine de la neuropathologie que les douleurs « rhumatismales » empiétaient largement.

Dans son traité sur le rhumatisme, Sendamore s'exprime ainsi en décrivant le rhumatisme chronique :

« C'est seulement dans cette espèce de la maladie que nous trouvons une affection séparée des nerfs. L'exemple le plus commun qu'en puisse rencontrer de cette dernière variété est le *rhumatisme* du nerf sciatique. D'autres nerfs principaux et leurs branches peuvent être attaqués de la même façon. On doit aussi remarquer conjointement avec cet état morbide l'action spasmodique et dou-

loureuse des muscles auxquels se distribuent les branches du nerf affecté.

Il arrive ordinairement que la douleur ne se fait sentir que par le mouvement. Cette circonstance est plus apparente quand les nerfs des membres inférieurs sont entrepris.

Dans un accès récent de ce genre on voit fréquemment le nerf éprouver une action inflammatoire; ce qui rend la douleur presque continuelle, ou avec de légères intermissions relativement à ses vibrations et à ses élancements. Quelque fois elle est accompagnée d'un malaise des parties à la pression, que l'on distingue surtout dans le trajet du nerf qui est principalement affecté. Dans la forme plus passive ou plus chronique, malgré l'intensité de la douleur occasionnelle et les diverses sensations de picotements, de brûlements, et d'engourdissement, les muscles et les téguments supportent la plus forte pression sans inconvénient à moins qu'on ne l'exerce sur la branche ou es branches nerveuses immédiatement affectées. Si les symptômes durent depuis longtemps, ils indiquent l'absence de toute inflammation et n'offrent que des traces de relâchement. Le membre est alors facilement sensible aux variations de l'atmosphère; il éprouve accidentellement beaucoup de froid; un surcroît d'exercice augmente invariablement ses douleurs; les muscles de cette partie n'ont pas leur volume et leur consistance naturelles; et, dans cet état, le membre possède une sympathie active avec tous les désordres accidentels ou continuels des organes digestifs et il *est même puissamment influencé par les causes qui affectent seulement l'esprit.* »

Il est juste de remarquer toutefois que, tout en oc-

troyant l'épithète de rhumatismales aux douleurs sciatiques et autres d'origine nerveuses, l'auteur localise bien la douleur dans les troncs nerveux, et au chapitre du diagnostic il recommande déjà de distinguer les douleurs du rhumatisme nerveux, des douleurs des affections osseuses, des douleurs réflexes de l'appareil digestif, des douleurs vagues musculaires, des douleurs qui accompagnent les affections de la colonne vertébrale et aussi des douleurs « qui reçoivent la dénomination plus convenable de nerveuses ». Sous cette dernière dénomination paraissent se désigner les douleurs ressenties ailleurs que dans les membres et que la palpation ne décelait pas le long des trajets : « Le défaut d'attention pourrait faire confondre avec le rhumatisme quelques affections douloureuses des nerfs et des membres voisins. Cette difficulté ne se rencontrera que quand les nerfs appartenant aux muscles des membres supérieurs ou inférieurs seront entrepris ».

Ce qu'on disait autrefois « rhumatismal » est démembré aujourd'hui et demande à être précisé pour le traitement et pour le pronostic.

Si nous conservons l'épithète « rhumatismales » seulement aux douleurs qui coïncident ou alternent avec les manifestations communes du rhumatisme même dans les sens que donne à ce mot le professeur Jaccoud : « maladie primitive et spontanée caractérisée anatomiquement par la fluxion ou l'inflammation des divers tissus qui entrent dans la composition de l'appareil locomoteur (1) » et, nous permettrions-nous peut-être d'ajouter, douleurs qui cèdent au salicylate de soude, cette pierre de touche

(1) Traité de pathologie interne.

du rhumatisme, comme l'hydrargyre est celle des affections spécifiques, il reste, après éliminations des douleurs locales des affections osseuses, articulaires, vasculaires, cutanées, un groupe de douleurs d'essence nerveuse, comme :

Les douleurs des névrites périphériques ;

Les douleurs des névrites radiculaires ;

Les douleurs d'origine médullaire (néophasie), syringomyélie, tabes ;

Les douleurs d'origine cérébrale (tumeurs, gommés syphilitiques, hystérie, neurasthénie, épilepsie.

CHAPITRE II

Des douleurs de début de la syringomyélie.

Dans la syringomyélie, telle qu'on la décrit depuis les travaux de Schultze et de Kahler, les douleurs ont bien été signalées dans le cours de la maladie. Dans sa leçon sur cette affection Charcot a parlé de douleurs et dans la thèse de Bruhl, il est même fait mention du début parfois douloureux de la syringomyélie. Mais jusqu'à présent on n'a pas, que nous sachions, insisté assez sur la douleur qui peut être le seul signe de début de la syringomyélie.

Or, dans une affection dont l'identité morbide n'a été établie que sur des troubles d'ordre sensitif, la douleur, puisque douleur il y a, mérite d'être décrite avec certains détails, d'autant plus qu'elle nous semble présenter une grande valeur pour le diagnostic de la syringomyélie.

Il ne nous paraît guère utile de refaire, après tant de descriptions magistrales, la symptomatologie complète de la syringomyélie. Qu'il nous suffise seulement de rappeler quelques détails qui nous sont indispensables pour le développement de notre sujet.

Anatomiquement la lésion est localisée dans la moëlle épinière, avec siège de prédilection dans la substance grise. Cette dernière se trouve envahie, irritée, étouffée, atrophiée et finalement absorbée, pour ainsi dire, par une

production néoplasique provenant de la prolifération de la névroglie. De la résorption de la néoplasie résulte une cavité, d'où le nom de syringomyélie donné à la gliomatose médullaire.

La production gliomateuse occupe généralement la moelle dans toute sa hauteur ; quelquefois cependant elle reste limitée soit à la région cervico-dorsale, soit à la région lombaire. Elle peut aussi envahir la bulbe où elle reste localisée, autant qu'on sache, au noyau d'origine de la cinquième paire (Charcot). Elle peut aussi se circonscire et prendre la forme d'une tumeur.

Le gliome se localise avec prédilection à la partie centrale de la commissure grise, en arrière du canal central qui reste souvent parfaitement indemne. De là, il tend à s'étendre d'abord vers les cornes postérieures, puis vers les cornes antérieures de la substance grise, à titre de lésion consécutive, soit par infiltration néoplasique soit par le fait d'une simple compression. Par propagation, il peut aussi envahir la substance blanche.

La formation des lésions cavitaires n'est pas nécessaire à la production des symptômes qui révèlent pendant la vie la gliomatose.

La compression ou la destruction des éléments nerveux est seule la condition indispensable (Charcot).

En les rapportant à la localisation de la lésion, le même auteur divise les symptômes de la gliomatose médullaire en :

1° Symptômes intrinsèques, c'est-à-dire ceux qui sont l'expression des lésions siégeant aux diverses régions de la substance grise centrale et qui comportent :

a) Des symptômes poliomyéliques antérieurs : atrophie musculaire progressive du type Arau-Duchenne ;

b) Des symptômes poliomyéliques postérieurs : dissociation de la sensibilité, anesthésie à la douleur, à la chaleur, au froid, avec conservation de la sensibilité tactile et du sens musculaire.

c) Des symptômes poliomyélique médians : troubles trophiques autres que ceux qui sont relatifs au système musculaire.

2° Symptômes extrinsèques qui sont l'expression des lésions qui portent sur la substance blanche de la moelle et qui permettent de distinguer :

a) Des symptômes leucomyéliques latéraux : praésies ou paralysies du genre spasmodique.

b) Des symptômes leucomyéliques postérieurs : phénomènes tabétiques divers, troubles de la sensibilité tactile, etc.

On conçoit facilement que, suivant le siège plus ou moins élevé de la lésion, les symptômes se révèlent dans telle ou telle région périphérique et, suivant le point de départ de la lésion et la direction dans laquelle elle se propagera, ils revêtiront les caractères des divers ordres spécifiés plus haut. Ainsi l'atrophie musculaire révélera l'envahissement des cornes antérieures ; la paraplégie sera l'indice d'une dégénérescence des cordons latéraux ; les troubles de la sensibilité permettront de localiser la lésion au contact des cordons postérieurs et des cornes postérieures.

Suivant le siège initial de la lésion le début de la maladie se révélera par des symptômes de tel ou tel groupe.

Dans l'histoire clinique de la syringomyélie, ainsi qu'au point de vue du diagnostic, les symptômes d'ordre sensitif sont de beaucoup les plus importants. C'est la dis-

sociation de la sensibilité qui, venant s'associer aux autres symptômes, impose le diagnostic de syringomyélie. Mais, outre que la dissociation de la sensibilité se rencontre, comme le fait remarquer le professeur Raymond dans l'analyse de l'observation que nous citons plus loin, dans un grand nombre d'affections, telle que l'hystérie, la névrite alcoolique (Lancereaux), la névrite traumatique (J-B. Charcot), la lèpre (Robinski, Lelon), l'hématomyélie (Minor), l'ataxie locomotrice (Parmentier) et dans la compression médullaire par tumeur extramédullaire (Raymond), la compression de la moelle etc., par cela même qu'elle est d'ordre négatif, c'est-à-dire qu'elle consiste dans l'abolition de certains modes de la sensibilité, elle perd beaucoup de sa valeur. Elle peut exister pendant longtemps sans attirer l'attention du sujet qui en est porteur, laissant évoluer à son gré la maladie jusqu'à l'apparition de symptômes plus graves, tels que, atrophie musculaire, scoliose, etc.

Autrement important est le symptôme douleur. Dès ses premières manifestations, il met en éveil le malade et l'invite à prendre les mesures que comporte son état. Pour le médecin il présente de précieuses indications. Depuis les conquêtes de la neurologie en ce qui concerne les rapports qui existent entre l'innervation des différentes régions de la peau et la moelle, auxquelles ont contribué surtout les travaux de Sherrington, Allen Starr, Mackenzie, Raymond, Ballet, Abbe, Chipault, Bennett, les troubles sensitifs ont reçu une valeur topographique en ce sens que, suivant la région où ils se manifestent, ils peuvent être ramenés avec assez d'exactitude au siège de la lésion qui les provoque.

On sait que dans la syringomyélie, comme dans l'hystérie du reste, l'anesthésie se distribue par segments ou par plaques nettement limités. Or, Bruns après Horsley a trouvé dans de nombreuses observations que dans les tumeurs médulaires en général et dans la syringomyélie en particulier les douleurs se distribuent également par zones qui sont immédiatement superposées aux zones anesthésiées. Shlesinger (1) qui l'a suivi dans cette voie a constaté dans de nombreux cas l'exactitude de cette méthode et il conclut comme Bruns que suivant la région douloureuse on peut en tenant compte de certaines particularités, déterminer le siège de la lésion. Et ses conclusions sont si décisives qu'il n'hésite pas de poser des règles sur les régions où devra porter la section en cas d'intervention chirurgicale. Dans le cours de la syringomyélie la douleur sera donc un précieux guide pour la localisation. Comme corollaire de cette valeur topographique vient la valeur diagnostique, surtout importante au début de la maladie. Car il y a des cas de syringomyélie dans lesquels la douleur est le premier et le seul symptôme. La très instructive observation publiée par M. le professeur Raymond en 1893, et que nous résumons plus loin, sous le n° 2; les observations inédites que nous avons recueillies dans son service et les quelques autres observations que nous avons pu recueillir dans la littérature en font preuve.

De l'analyse de ces observations et de l'interrogatoire des deux malades que nous avons examinés personnelle-

(1) Schelsinger, Beiträge zur Klinik der Rückenmarks-und Wirbeltumoren.

ment, il se dégage que dans la syringomyélie les douleurs de début se caractérisent par :

La forme : Ce sont surtout des douleurs *profondes*, quelle que soit la région à laquelle elles sont rapportées par le malade, *sourdes*, en se sens que tout en troublant le bien-être du malade elle ne prennent pas une grande acuité, donnant plutôt une sensation de faiblesse, de fourmillement, d'engourdissement, d'élancements; une sensation particulière de froid.

L'époque d'apparition : Elles se manifestent très longtemps, parfois, de longues années, avant l'apparition de tout autre symptôme.

La localisation : La localisation périphérique varie naturellement avec le siège initial, l'étendue et le sens de propagation de la lésion ; mais étant donnée la plus grande fréquence de la néoplaxie gléomateuse à la région cervicale, les douleurs se localisent le plus souvent aux membres supérieurs avec irradiation au thorax, à l'épaule, au bras, à l'avant-bras, à la main, aux doigts, et à la région postérieure du cou. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les douleurs des membres inférieurs : orteils, jambe, cuisse région fessière avec irradiation aux lombes, à l'abdomen, etc.

Les exacerbations : Les douleurs de la syringomyélie sont douées d'exacerbations, surtout sous l'influence du froid. Et il est curieux d'observer que les syringomyéliques qui, déjà privés du sens thermique ou sur le point de l'être, sentent très bien l'influence exercée par le froid sur l'intensité de leur douleur ; ils y réagissent en frictionnant la région douloureuse, ou en l'exposant à un feu très vif.

CHAPITRE III

Diagnostic.

De même que la dissociation de la sensibilité, la douleur est commune à un grand nombre d'affections et comporte un diagnostic. Celui-ci, basé sur le caractère des douleurs et sur les symptômes concomitants, permettra de distinguer la syringomyélie à début douloureux des autres affections nerveuses à manifestations douloureuses avec lesquelles elle pourrait être confondue dans cette phase, telles que névrites, tabes, hystérie. Mais c'est surtout la pachyméningite cervicale — qu'elle soit primitive, comme le prouve Brissaud, ou secondaire, comme on tend à l'admettre maintenant surtout en Allemagne — qui présente le plus grand écueil pour le diagnostic. Cet écueil est d'autant plus difficile à éviter que s'il y a des cas où syringomyélie et pachyméningite existent séparément, nombreux sont ceux où il y a coïncidence entre ces deux affections. Et cela peut-être en vertu de la synergie qui existe entre les organes et leurs enveloppes.

Les tumeurs de la moelle, autres que les néoplasies gliomateuses présentent aussi un problème délicat pour le diagnostic. La solution de ce problème pourra cependant se faire dans la plupart des cas en se guidant par les antécédents et surtout par l'allure de l'affection. Les gommes spécifiques s'élimineront par le traitement d'épreuve. La plupart des autres néoplasmes de la moelle sont secondaires, lorsqu'ils sont primitifs ils se généralisent; leur évolution est beaucoup plus rapide. Les douleurs qu'ils occasionnent sont beaucoup plus intenses,

DANS LES NÉVRITES les douleurs sont plus superficielles, de nature aiguë et surtout *elles suivent le trajet des nerfs* et ceux-ci sont douloureux à la pression.

DANS LES NÉVRALGIES les douleurs sont de nature contusive, non continues ; elle prennent souvent une allure intermittente, revenant par accès à peu près fixe ; elles s'accompagnent souvent d'hypéresthésie générale de la peau. Enfin elles peuvent être provoquées par la pression en certains points dits « points névralgiques » situés à l'émergence des troncs nerveux, aux endroits où un nerf traverse un muscle pour se rapprocher de la peau, aux endroits où les nerfs suivent un trajet très-superficiel.

DANS LE TABES, surtout dans la période préataxique, les douleurs sont « fulgurantes », c'est-à-dire se manifestent sous formes de secousses très douloureuses qui peuvent se succéder à quelques minutes d'intervalle. Leur acuité les a fait comparer à des décharges électriques. Elles revêtent parfois le caractère des douleurs produites par l'enfoncement d'un instrument piquant et prennent le nom de douleurs térébrantes ; d'autrefois elles donnent la sensation de constriction et constituent les *douleurs constrictives*. Les douleurs tabétiques peuvent affecter particulièrement les viscères. On sait combien pénibles sont les crises gastralgiques, ou les crises vésicales et otalgiques. A la face elles prennent la forme de *coups de canif*.

DANS L'HYSTÉRIE les douleurs sont capricieuses comme les sujets eux-mêmes atteints de cette « grande simulatrice » comme l'a nommée Charcot. Mais cette versatilité même constitue leur caractéristique. Elles ont en outre certains points d'élection tels que le sommet de la tête — *clou hystérique*, les seins — *mastodynie*, les ovaires — *points ovariens*, les muscles du rachis — *rachialgie*, etc.

CHAPITRE IV

Thérapeutique.

La syringomyélie étant une affection essentiellement chronique le traitement ne peut être que palliatif.

Mais, en raison même de la longue durée de son évolution, elle n'en réclame pas moins, comme toutes les affections incurables du reste, un traitement assidu.

Dans la forme à début douloureux, où la douleur peut pendant longtemps constituer pour ainsi dire, toute la maladie, le traitement doit tendre naturellement à adoucir le mieux possible les souffrances du malade. Mais, tout en s'adressant au symptôme douleur, il doit avoir pour objectif principal de ralentir autant que possible l'évolution de l'affection et de retarder ainsi l'apparition des symptômes plus graves dont la douleur est le prélude ; il s'appliquera en outre à prévenir les complications : troubles trophiques, eschares et, autant que possible, les maladies intercurrentes qui, quelles qu'elles soient, présentent une gravité exceptionnelle pour l'organisme en déchéance.

Le traitement s'adressera donc :

A l'état douloureux : Médication analgésique : opium bromures, révulsion ;

A l'état général : Régime hygiénique consistant en soins rigoureux de propreté, bonne alimentation, bonne

aération. Eviter la fatigue tout en évitant l'immobilité des membres.

Toniques : fer, kola, phosphure de chaux ou glycérophosphates. On a préconisé aussi l'iodure de potassium, le nitrate d'argent, le phosphure de zinc, etc. L'hydrothérapie peut être employé avec utilité dans certains cas ;

A l'état local : Révulsion le long de la colonne vertébrale. Mais en raison de la prédisposition toute particulière des syringomyéliques aux troubles trophiques, il faut ici user de grandes précautions : s'abstenir des topiques révulsifs tels que vésicatoires, teinture d'iode etc ; le thermocautère même doit être employé avec prudence, de manière que les pointes de feu soient très superficielles.

La suspension que l'on avait préconisée un moment est énergiquement repoussée, et avec raison croyons-nous, par Hoffmann.

Contre l'atrophie musculaire on emploira l'électrisation.

Employée préventivement, c'est-à-dire dès que la syringomyélie s'est révélée par un autre symptôme, par la douleur, par exemple, l'électrothérapie peut rendre de réels services en retardant et peut-être même en enrayant l'atrophie musculaire.

Le massage bien appliqué peut être utile.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur RAYMOND).

Début douloureux. Troubles de la sensibilité objective peu accusés. Atrophie musculaire. Main en griffe. Légère syphose de la colonne cervicale.

Mme Pil..., âgée de 40 ans, femme de ménage, faisant beaucoup de blanchissage. Entrée à l'hôpital le 24 mai 1898, salle Royer n° 21.

Antécédents héréditaires : Père bien portant, mort à 56 ans, de hernie étranglée.

Mère morte à l'âge de 36 ans, de maladie inconnue.

Trois frères et une sœur, tous bien portants.

Parents bien portants ; cependant une tante maternelle serait morte vers l'âge de 30 ans d'hémoptisie.

Antécédents personnels : Née à terme, élevée au sein, à marché tôt, rougeole vers l'âge de 5 ans.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Mariée à 22 ans ; avortement de 5 mois un an après le mariage ; accouchement à terme, un an après l'avortement, d'une fillette bien portante jusqu'à ce jour. Crises de coliques hépatiques 3 ans après. Deuxième accouchement à terme, 4 ans après le premier, d'un garçon bien portant à la naissance, mais maladif depuis l'enfance ; il est sensible des bronches. Fausse couche, péritonite

en octobre 1891, qui l'obligeant de garder le lit pendant 6 semaines à l'Hôtel-Dieu. Elle nie tout accident spécifique.

A la même époque, elle a ressenti pour la première fois, en se réveillant, une douleur assez forte dans la main gauche, particulièrement au niveau des deux premières articulations métacarpo-phalangiennes et au niveau du poignet. L'application de teinture d'iode lui procure du soulagement.

Sorti de l'hôpital et contracte la variole peu de temps après et rentre à l'hôpital où elle reste un mois.

En mars 1892 elle quitte l'Hôtel-Dieu et peut reprendre ses occupations. Mais elle est tourmentée par ses douleurs qu'elle ressent surtout au genou et à l'épaule du côté droit, douleurs que le médecin qui la traite dit rhumatismales.

En octobre 1896, elle ressent une sensation de faiblesse à la main droite ; les deux premiers doigts fonctionnent mal ; elle s'en aperçoit surtout qu'elle a de la difficulté à manier la brosse de blanchissage.

Peu après elle commence à éprouver une sensation désagréable de froid au poignet qui s'engourdit souvent et qu'elle est obligée de réchauffer. Les troubles fonctionnels ne paraissent pas notables, la malade ayant pu continuer à travailler.

Au mois de janvier 1897, elle ressent à la région postérieure du cou, au niveau de 7^{me} cervicale, une douleur vague, profonde, qu'elle appelle fatigue, avec légère rotation de la tête à droite. Ces douleurs deviennent plus intenses à la suite des fatigues de la marche ou du travail.

En février de la même année, pendant qu'elle repassait du linge, sa main gauche est prise d'engourdissement et de faiblesse, sans douleur aiguë.

Un mois plus tard, en mars, les troubles fonctionnels de la main droite s'accroissent ; les doigts perdent leur dextérité, leur extension se fait mal, la préhension des objets devient difficile. Elle se plaint de cette maladie et d'un sentiment d'engourdissement et de faiblesse de toute la main.

Un médecin consulté prescrit le salicylate de soude, bains sulfureux, etc., pour combattre le rhumatisme. Un autre ajoute de la flanelle à ce traitement. Les douleurs deviennent plus pénibles, le froid les exaspère. En septembre, la sensation de fatigue et d'engourdissement gagne le bras droit qui

s'affaiblit de plus en plus ; les douleurs deviennent plus intolérables, au point de troubler le repos de la malade.

En janvier 1898, elle s'aperçoit que ses mains et ses bras maigrissent. On lui prescrit un traitement contre le rhumatisme. L'atrophie devenant plus appréciable, on la soumet à l'électrisation. Les troubles fonctionnels s'accroissent, les douleurs de la nuque s'accroissent.

De guerre lasse, la malade se présente à la consultation de la Salpêtrière. Le docteur Gasne l'engage à se faire admettre à l'hôpital.

État actuel. Intelligence conservée, la malade répond bien aux questions ; pas d'amnésie ; mais elle pleure très facilement.

Sensibilité :

1° Au tact : conservée partout.

2° A la douleur : (pique, pincement), conservée, mais émoussée.

3° A la température : conservée dans les quatre membres, à l'abdomen, au tronc, mais diminuée à la face postérieure du cou et dans la région interscapulaire,

Appareil sensoriel : pas de rétrécissement du champ visuel. Vue bonne, Goût et odorat conservés.

Motilité :

MEMBRES INFÉRIEURS : pas de troubles dans la marche ; pas de parésie, ni atrophie.

MEMBRES SUPÉRIEURS :

Main gauche. Déformée en griffe, atrophie ayant débuté par l'éminence thénar. L'éminence hypothénar est également atrophiée mais moins. Interosseux atrophiés. Les phalanges des 4 derniers doigts sont fléchies, avec abolition de l'extension de l'abduction et de l'adduction.

L'opposition du pouce est abolie.

Dynamomètre 7.

Main droite. Déformée en griffe. Atrophie ayant débuté par l'éminence thénar qui est atrophiée de même que l'éminence hypothénar. Interosseux légèrement pris. L'atrophie, en général, est moins accusée qu'à la main gauche.

Anx quatre doigts, à commencer par l'index, les phalanges

sont fléchies les unes sur les autres. Extension, abduction et adduction abolies. Apposition du pouce limitée.

Dynamomètre 10.

Avant-bras. Emaciés aux deux membres. La circonférence de l'avant-bras droit prise à un travers de doigt au dessous de l'épitrachée est de 1 cent. plus petite que celle de l'avant-bras gauche, prise au même niveau.

Les extenseurs sont considérablement atrophiés aux deux avant-bras. Les fléchisseurs sont intacts. Les radiaux, le long, supinateur et le court supinateur sont également atrophiés.

L'atrophie en général est moins accusée du côté gauche.

Bras. Atrophie de tous les muscles des bras. Le deltoïde droit est considérablement atrophié, le deltoïde gauche l'est moins. L'épaule droite est aplatie. Rhomboïde atrophié à droite, moins à gauche.

Gêne dans les mouvements fonctionnels sans signes d'artrite

Réflexes tendineux : abolis à droite, diminués à gauche.

Réflexe rotulien conservé.

Pas de troubles sphinctériens.

Urines normales quantitativement et qualitativement.

État général : L'appétit est bon de même que la digestion, mais tendance à la constipation. Grande sensibilité au froid.

Le traitement iodo-bromuré avec bains sulfureux et électrisation n'a pas encore donné de résultats concluants.

Examen électrique :

OBSERVATION II (Résumée)

Professeur ROYMOND, *contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière. Archives de neurologie*, 1893, n° 78.

Syringomyélie à forme spasmodique, avec atrophie musculaire prédominant dans les muscles péri-scapulaires, prise pour une péchy-méningite cervicale hypertrophique. Trépanation du canal rachidien. Amendement rapide

des symptômes de contracture. Mort au cinquième jour après l'opération : hypertermie, tétanie généralisée, etc. Névromes de régénération des racines postérieures.

Mat. Jean, 37 ans, cimentier, entré le 19 juin 1889 à l'hôpital Lariboisière, salle Roulez n° 10.

Renseignements héréditaires. Le malade était assez frêle dans l'enfance, mais il a joui d'une bonne santé jusqu'en 1886. Marié, il a un enfant de 12 ans, bien portant.

Pas de traces de syphilis. Quelques excès alcooliques. M... a fait son service militaire ; il n'a jamais quitté la France. Il exerce depuis longtemps le métier de cimentier, profession qui l'expose constamment aux refroidissements. Il y a 4 ans environ il dut, pendant six semaines, travailler dans un égout, couché sur le dos et continuellement mouillé. A la suite de ce travail fatigant, M... a eu à la nuque un furoncle volumineux véritable anthrax, dont il porte encore les traces aujourd'hui.

Le malade fait remonter à trois ans le début des accidents actuels. Vers cette époque, il a commencé à éprouver des sensations de froid dans les jambes ; il lui semblait, dit-il, les avoir constamment dans l'eau. Il ne parvenait à vaincre cette sensation que devant un feu très vif. En même temps survenait une légère parésie des membres inférieurs, le gênant beaucoup dans son travail. Peu de temps après les débuts de ces premiers accidents les mêmes phénomènes se produisirent dans le bras droit, qui lui paraissait très lourd.

Au bout de six mois environ, il avait de la raideur généralisée aux quatre membres et à la poitrine, d'où une certaine gêne de la respiration et de la parole.

Il fut à cette époque obligé de s'arrêter de travailler. Peu à peu il s'affaiblit et il éprouva quelques troubles de la miction et de la défécation. Finalement il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel (17 juin 1889). Homme maigre, pâle, de taille moyenne. Santé générale bonne. Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine le malade debout et entièrement nu, c'est une sorte de raideur généralisée, étendue au tronc et aux membres supérieurs. La tête est légèrement inclinée en avant ; pour-

tant tous les mouvements de rotation, de flexion et d'extension sont possibles et le champ d'excursion de ses mouvements ne paraît pas diminué beaucoup.

Le tronc est légèrement tordu sur lui-même. Il existe une assez notable scoliose latérale gauche. Les mouvements d'excursion des côtes se font avec une certaine raideur. Les muscles du tronc, en général sont rigides, plus tendus que normalement. Les iliospinaux, en particulier ceux de la gouttière vertébrale droite sont très contracturés ; de même, les muscles de l'abdomen.

Il existe, à la nuque, les traces larges du furoncle qu'a eu le malade. Au niveau de la proéminente se trouve une sorte d'épaississement du derme rayonnant autour des lignes d'incision faites par le bistouri.

Les muscles périscapulaires sont considérablement atrophiés, surtout à droite. L'atrophie porte plus particulièrement sur les muscles sus et sous épineux, rhomboïde, grand dorsal et trapèze (portion inférieure). Les deltoïdes ont pour ainsi dire leur volume normal.

Les membres supérieurs en demi-flexion, sont comme collés contre le tronc.

La flexion du coude est assez facile ; au contraire, l'extension ne peut se faire que difficilement et en plusieurs temps.

L'articulation de l'épaule a conservé très peu de mouvements ; la circumduction du bras est impossible. Les mouvements des articulations radio-carpiennes sont assez faciles dans le sens de la flexion ; par contre, ces mouvements sont plus difficiles dans l'extension. De même pour les doigts. Les muscles des membres supérieurs ont conservé à peu près leur volume normal ; ces muscles sont contracturés, surtout les extenseurs. La contraction est moins accentuée à gauche qu'à droite.

Du côté des membres inférieurs on constate un certain degré de parésie et la même raideur qu'aux membres supérieurs. L'extension du genou est assez difficile, la flexion plus facile. Les mollets, contracturés, sont le siège de tiraillements douloureux presque continus. La marche est gênée par une sensation de chatouillement de la plante des pieds et de lourdeur générale dans les deux membres inférieurs. M. ne peut se tenir debout sur un seul pied.

L'occlusion des yeux n'est pour rien dans la production de ce phénomène.

Tous les réflexes, à part celui des masseters, qui est normal, sont très considérablement exagérés, principalement du côté des muscles extenseurs. Il suffit de percuter, même très légèrement, le tendon ou le muscle pour provoquer ces réflexes. Les réflexes cutanés sont aussi très exagérés : le chatouillement, même léger, de la peau, provoque immédiatement des contractions musculaires.

Trépidation spinale intense que l'on arrête facilement par la torsion du gros orteil.

La sensibilité est complètement intacte sous tous ses modes.

Pas de troubles actuels des sphincters. Vue, ouïe, normales.

Les fonctions cérébrales ne laissent rien à désirer.

L'examen des yeux est négatif.

L'absence de troubles sensitifs fait porter le diagnostic de pochyraméningite. Le malade soumis au traitement approprié, éprouve de l'amélioration au bout de deux mois.

Au mois de novembre il contracte une fièvre dans le service. Cette affection ne semble avoir influé en rien sur la marche de la maladie.

Au mois de mars 1870, en même temps qu'un état fébrile assez marqué, des mouvements involontaires se produisent dans les membres inférieurs du malade. Les draps relevés, la simple impression de l'air froid suffit pour amener un tremblement étendu des deux jambes. La plus petite percussion des muscles détermine une trépidation spinale prolongée. Le malade est incapable de se tenir sur ses jambes sans être soutenu par un infirmier. Ces phénomènes disparaissent peu à peu dans l'espace de quinze jours.

15 avril. Le membre supérieur droit est dans la demi flexion et la pronation par suite de la contracture du biceps; le malade peut fléchir le bras, mais l'extension complète n'est pas spontanément possible. Légère rétraction de l'extrémité du petit doigt.

Le malade arrive à mettre son bras sur sa tête, mais avec difficulté; quand il veut exécuter ce mouvement, il est pris d'un tremblement assez étendu.

Du côté gauche, on constate une rétraction du petit doigt et une rétraction un peu moindre de l'index; un léger degré de contracture du biceps n'empêche pas l'extension complète, avec un effort relativement minime.

Le deltoïde est légèrement atrophié des deux côtés : les muscles des fosses sus et sous-épineuses sont beaucoup plus atteints que le rhomboïde, le grand dorsal et le trapèze.

Des omoplates sont détachées et un peu éloignées de la ligne médiane (davantage à droite).

Mensuration.

Tiers supérieur de l'avant-bras.	Gauche 0 m. 225
— — —	Droit 0 m. 22
Partie moyenne du bras.	Gauche 0 m. 25
— — —	Droit 0 m. 25

Dynamomètre.

Main.	Gauche 32 k.
—	Droite 31 k.

Au tronc, l'atrophie des muscles ilio-spinaux amène une déviation latérale gauche de la colonne vertébrale.

Aux membres inférieurs, il existe une contracture très marquée et une atrophie également répartie sur tous les muscles.

Mensuration.

Tiers supér. de la jambe.	à gauche 0 27
— — —	à droite 0 27
Partie moyenne.	à gauche 0 37
— — —	à droite 0 37

En outre *douleurs* dans les membres inférieurs des deux côtés, sous forme d'élancements aux genoux et de fourmillements aux jambes.

La marche est assez pénible : le malade se tient voûté en avant; il ne peut se lever de sa chaise sans le secours d'un aide.

Les réflexes sont exagérés à gauche beaucoup plus qu'à droite.

A cette époque la sensibilité est encore partout normale dans tous ses modes, il n'existe pas d'anesthésie ni d'hyperes-

thésie. Pas de troubles de la miction. La défécation est un peu pénible. La vue est toujours normale.

Mai. Le malade est pris de douleurs en ceinture très vives ; de plus il sent au milieu des deux épaules une douleur qui le serre eomme un corset.

Juin. — Persistance des douleurs précédentes ; de plus, douleurs violentes aux cuisses, affectant par moments la sensation « d'éclairs », elles suivent à peu près exactement le trajet du sciatique.

Novembre. — On constate l'apparition d'une zone d'hyperesthésie occupant tout le membre inférieur droit, sauf au niveau du pied, où la sensibilité est la même qu'à gauche.

La sensibilité est encore normale dans tout le reste du corps.

Réflexes rotuliens et plantaires exagérés.

A gauche on provoque facilement la trépidation spinale ; à droite on ne peut la produire, le pied étant immédiatement immobilisé en adduction et rotation en dedans par la contraction des muscles de la jambe.

Les douleurs en éclair qui traversaient la cuisse sont devenues plus rares, les douleurs actuelles siègent surtout au genou gauche où elles sont continues, et bien moins fortes au genou droit, crampes fréquentes des mollets, bien plus rare également du côté droit.

Le malade ressent des fourmillements continuels dans les jambes et a une sensation de froid au niveau des jambes et des pieds. (La température est la même au toucher que celle du reste du corps).

Les douleurs en ceinture n'ont pas varié d'intensité ; les douleurs interscapulaires sont devenues plus fortes, surtout le soir, gênant par moment la respiration.

Au niveau du sacrum, douleur vive que fait disparaître momentanément une application de pointes de feu. Douleurs intermittentes dans l'épaule droite. La constipation est habituelle, la miction se fait bien. La parole est devenue un peu plus difficile ; il n'y a pas de troubles de la déglutition.

Le malade n'a pas d'appétit. La marche est devenue plus difficile. Dès que les pieds du malade touche terre, il se produit une contraction du triceps qui rend la flexion de la jambe

impossible. Le malade doit tenir les yeux fixés à terre et s'appuyer sur une chaise pour marcher. De plus, quand il éprouve, en marchant, une sensation de froid, la contracture des muscles rend la marche totalement impossible et il doit se recoucher. Ces phénomènes se dissipent au bout de quelque temps. A la main droite, l'annulaire s'étend maintenant comme le médius. Quand le malade étend l'avant-bras, le mouvement est quelquefois arrêté par une brusque contraction du biceps. L'avant-bras est contracturé en pronation. On parvient cependant facilement à vaincre la contracture.

Dynamomètre :

Main	Droite 27 k.
—	Gauche 32 k.

Mensuration :

Tiers supérieur de l'avant-bras.	Gauche 0 m. 24 1/2.
— — — — —	Droite 0 m. 24.
Partie moyenne du bras.	Gauche 0 m. 26.
— — — — —	Droite 0 m. 25.
Jambe (0 m. 10 de la pointe de la rotule.	Gauche 0 m. 26.
— — — — —	Droite 0 m. 27 1/2.
Cuisse (0 m. 16 de la base de la rotule).	Gauche 0 m. 38
— — — — —	Droite 0 m. 39.

23 novembre. La douleur sacrée, qui avait disparu complètement, est revenue. Des pointes de feu, appliquées de nouveau ne la font pas cesser. Depuis deux jours la raideur du bras augmente. La malade fléchit et étend l'avant-bras plus difficilement et n'arrive pas à l'extension complète. L'extension passive est possible, mais provoque une vive douleur. La jambe gauche est également plus raide depuis une quinzaine de jours. La flexion des doigts se fait avec une force normale. Les mouvements d'apposition du pouce se font bien.

Dynamomètre :

Main	Droite 30 k
—	Gauche 40 k.

Le mouvement d'extension de la main sur l'avant-bras se fait avec bien plus de force à gauche, de même que la flexion

et l'extension de l'avant-bras. La corde du long supinateur est marquée surtout à gauche. La supination est impossible à droite, ainsi que l'extension complète. Les mouvements d'élévation du bras se fait difficilement.

Du côté gauche, on note un certain degré d'amaigrissement des masses musculaires de l'avant bras (atrophie en masse). La scoliose, se prononce de plus en plus.

Au mois de juin le malade quitte le service. Il y rentre le 22 octobre 1891. Ce jour, l'état général est meilleur, l'ensemble des phénomènes morbides plus satisfaisant.

Le malade éprouve encore des douleurs dans les deux genoux et à la face postérieure des jambes ; ce sont des douleurs contractives, en étai. Il ressent aussi des picotements dans les jambes et des douleurs en ceinture, ainsi que des élancements à l'épaule et aux bras.

La marche est très difficile, mais non impossible. Il y là, à ce point de vue, une amélioration. Le malade peut marcher en se tenant le long des lits ; il peut même faire quelques pas, seul sans appui.

La force musculaire est conservée. On constate au membre inférieur une contracture marquée. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. De même, les membres supérieurs sont le siège d'une parésie spasmodique plus accentuée à droite qu'à gauche.

Dynamomètre :

Main.	Droite 25 k.
—	Gauche 37 k.

Il est survenu des troubles de sensibilité plus marqués que ceux qui avaient été notés auparavant.

Membres inférieurs. — On ne constate aucun trouble de la sensibilité.

Abdomen. — Il existe à gauche une zone d'anesthésie pour les trois modes de sensibilité ; cette anesthésie s'étend en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Elle comprend la moitié latérale gauche du tronc, du rebord des fausses côtes à la crête iliaque et de la ligne blanche à la colonne vertébrale.

Au niveau du tronc il n'existe aucun trouble sensitif. Il en

est de même pour la face. Dans la région du cou, au contraire, on constate une perte absolue de la sensibilité à la douleur et à la température dans toute la zone innervée par le plexus cervical superficiel. Le sens du tact est conservé dans ces mêmes points : la dissociation syringomyélique est donc parfaite. De plus le malade éprouve une sensation de constriction dans la moitié postérieure du cou. Pour ce qui concerne les réflexes, on constate une exagération des réflexes rotulien et masséterin.

Il existe à gauche de la trépidation spinale ; le réflexe plantaire est aboli. Pas de troubles, de la miction et de la défécation.

Opéré le 30 décembre 1891, sur ses instances, parce qu'il avait souvent entendu M. le professeur Raymond parler d'une intervention chirurgicale possible et de soulagement probable, le malade succomba le 2 janvier, bien que des résultats immédiats de l'opération eussent été très bons.

L'incision opératoire porte sur les cinquièmes et quatrième vertèbres cervicales. Les os étant dénudés à la rugine on enlève les apophyses épineuses et les lames des quatrième et cinquième vertèbres cervicales, du côté droit seulement ; la dure-mère qui est saine est incisée ; l'arachnoïde qui paraît bourbée légèrement en arrière, est également ouverte, avec précaution. On constate nettement l'existence d'une saillie à la face postérieure de la moelle. En pinçant cette saillie entre les deux mors d'une pince à griffes le tissu médullaire se rompt et il sort d'une cavité intro-médullaire une certaine quantité de liquide clair, limpide, ressemblant à du liquide céphalo-rachidien ; on constate alors qu'on a ouvert un kyste assez étendu situé dans la région postérieure de la moelle et qui n'était séparé de la surface que par une très faible couche de tissu nerveux, mesurant de 1 à 2 millimètres. Il s'est écoulé au moins deux ou trois cuillerées de liquide.

Autopsie le 5 janvier 1892. Au niveau de l'incision opératoire on trouve un peu de sérosité sanguinolente, mais pas de pus. Pas d'épanchement notable sur le canal rachidien. Après avoir ouvert la moelle complètement, on constate que la dure-mère n'est pas plus tendue que d'habitude. La dure-mère et l'arachnoïde sont complètement normales. La pie-mère est rouge pâle et oedémateuse surtout dans les régions dorsale et lombaire ; dans toute son étendue elle est très nosaclarisée et on

aperçoit de grosses veines tortueuses qui rampent à sa surface. La moelle a conservé partout son volume normal, si ce n'est au niveau du renflement cervical où elle est fortement augmentée de volume surtout en largeur.

L'incision faite pendant l'opération se trouve au niveau de l'origine des cinquièmes et sixième paires cervicales; elle a environ un centimètre et demi de longueur. Par cette incision, on peut introduire une sonde cannelée dans une cavité qui paraît remonter jusqu'à la quatrième paire cervicale et descendre jusqu'à la deuxième paire dorsale. Sur une coupe pratiquée à ce niveau on voit ou aperçoit une tumeur formée d'un tissu mou, gélatineux, gris verdâtre, qui a une forme arrondie et qui occupe presque entièrement la place réservée aux cordons postérieurs au centre de ce tissu néoplastique se trouve une perte de substance, de forme étoilée sur la coupe, qui est la cavité du kyste ouvert par le chirurgien. Sur des coupes successives ou pratiquées au-dessus et au-dessous de la première on constate que la tumeur remonte jusqu'à quelques millimètres au-dessus du bec de colonnes et qu'elle descend jusqu'à l'extrémité du renflement lombaire en diminuant beaucoup de volume et en se continuant dans la région de la corne postérieur gauche. A partir de la région dorsale le glione n'est plus excavé.

Les racines antérieures et postérieures ne paraissent pas sensiblement altérées, elles ont conservé à peu près leur volume normal et leur coloration habituelle.

Les muscles de la ceinture scapulaire sont atrophiés des deux côtés, mais non complètement détruits; leur coloration et leur consistance sont encore assez bien conservées. Le rhomboïde et la partie cervicale du trapèze paraissent être le plus atteints.

.

OBSERVATION III (résumé).

Roux et PAVIOT (de Lyon). — *Un cas de tumeur de la moelle. — Diagnostic du siège par les localisations radiculaires. Archives de Neurologie 1828 n° 70.*

Début par des troubles subjectifs de la sensibilité au bras gauche et aux deux membres inférieurs. Diminu-

tion de force, parésie, enfin paraplégie spasmodique des deux membres inférieurs, égale des deux côtés; *douleurs aiguës* non localisées (1) ; par des troubles objectifs de la sensibilité, etc.

Autopsie. — Neurogliome né dans la moitié gauche de l'axe gris, au niveau des sixième, septième et huitième, cervicales étendu au centre de la moelle de la sixième cervicale à la première dorsade, puis sortie de la moelle. Généralisations sous forme d'infiltration diffuse et légère de toute la pie-mère médullaire ; sous forme de semies polypeux sessiles ou médiculés sur diverses racines et sur la queue de cheval. Pas de processus cavitaires dans la tumeur.

R. E., cordonnier, âgé de 45 ans, entré le 20 mai 1826, salle Sainte-Jeanne, dans le service du professeur Teissier.

Antécédents héréditaires. — Incomplets et n'offrent rien de particulier.

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une assez bonne santé : cependant à l'âge de 20 ans il eut une bronchite qui dura deux mois et demi et fut accompagné de quelques hémoptisies légères. Depuis il n'a jamais toussé. Il n'a eu aucune autre maladie infectueuse.

Il nie énergiquement la syphilis, n'a présenté aucun accident vénérien, aucune manifestation cutanée ou muqueuse ; sa femme n'a jamais eu de fausse couche. Il n'est pas rhumatisant ; n'a jamais eu de fièvres intermittentes. Il est un peu suspect d'alcoolisme.

Début de la maladie. Les premiers symptômes se sont montrés il y a trois mois et demi et ont consisté en *quelques douleurs* du bras gauche, que le malade attribuait à l'action d'un courant d'air auquel il était exposé en travaillant. Ces douleurs gagnèrent bientôt la région dorso-lombaire, et il y a trois

(1) La non localisation des douleurs peut trouver une explication probable dans les petits corps qu'on a trouvés dans toute la moelle et qui ne sont peut être que des produits de généralisation du gliome,

semaines se sont montrées aux membres inférieurs. En même temps se produisait de l'anesthésie de la plante du pied : le malade ne sentait pas le plancher en marchant ; ses pieds s'engourdisaient dans son lit et il ne les sentait plus. Depuis quinze jours ont débuté les troubles moteurs : d'abord simple diminution de force, puis parésie progressive.

État actuel. La marche est difficile, d'aspect spasmodique, mais en même temps le malade lance un peu le pied en avant et talonne. Pas de troubles de la *station debout*, pas de signe de Romberg.

Les réflexes rotuliens sont exagérés ; il y a de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule. Le malade résiste bien à tous les mouvements qu'on essaie d'imprimer aux membres inférieurs, la force ne semble pas diminuée. Il exécute bien tous les mouvements commandés : pas d'incoordination motrice.

Pas de troubles de sensibilité objective.

Pas de troubles trophiques, ni d'atrophie musculaire.

Aux membres supérieurs il paraît y avoir une diminution de force notable du côté gauche : le malade serre beaucoup moins fort que de la droite.

Pas de troubles de la sensibilité objective, mais il y a toujours des douleurs vagues sans localisation précise.

Pas d'incoordination, ni de tremblement.

Pas de troubles trophiques, ni d'atrophie musculaire.

Les sphincters ont fonctionné normalement jusqu'à présent ; cependant depuis quelques jours, le malade s'aperçoit qu'il a un peu de peine à uriner, il est obligé de pousser, la miction se fait attendre.

L'examen de la colonne vertébrale ne révèle rien d'anormal ; pas de déformations ni de saillies ; pas de points douloureux, nulle part d'abcès par congestion.

Du côté de la face aucun symptôme, si ce n'est un tic facial, très léger, et dont le malade ne s'était jamais aperçu ; aucun trouble du côté de la musculature de la face et des yeux ; aucun trouble de la sensibilité générale, ni des sensibilités spéciales.

Aucun trouble encéphalique.

Le diagnostic porté à ce moment par M. le professeur Teissier fut : Paraplégie spasmodique. PAS DE TROUBLES DE LA SEN-

SIBILITÉ, *pas de phénomènes vésico-rectaux*. Diminution de la force musculaire de la main gauche. Étiologie probable : exposition au froid humide. Mécanisme : méningite spinale avec excitation des cordons latéraux.

8 Août. La paraplégie est devenue complète et conserve ses caractères spasmodiques, il y a un peu d'œdème des membres inférieurs.

La sensibilité entamée (dans ses trois modes) est très diminuée aux deux membres inférieurs, presque abolie dans certaines zones sans disposition régulière, ne répondant ni à des territoires nerveux, ni à des territoires radiculaires. *Pas de dissociation syringomyélique*.

Les sensibilités profondes sont conservées, le malade a parfaitement la notion de la position imprimée à ses membres.

24 août. Membres inférieurs. Motilité volontaire totalement abolie ; le malade ne peut exécuter le plus léger mouvement des orteils. Réflexes rotuliens très exagérés ; trépidation épileptoïde ; réflexe plantaire conservé, mais faible ; réflexe crémasterien faible ; réflexe bulbo-caverneux bien conservé.

La sensibilité consciente cutanée est absolument abolie dans tous ses modes : tact, douleur, température. Les mouvements imprimés passifs provoquent dans tout le membre de vives douleurs, mais sans localisation précise. Une pression un peu forte en un point quelconque des membres inférieurs provoque également de vives douleurs, il semble donc que les sensibilités profondes (périostiques, tendineuses, articulaires) soient non-seulement conservées, mais exaltées. De plus, toutes ces explorations précédentes déterminent, non seulement dans le membre examiné, mais aussi dans l'autre, des contractions musculaires qui fléchissent légèrement les divers segments du membre les uns sur les autres et sont *extrêmement douloureuses* : Il semble qu'il y ait hypéresthésie de la sensibilité musculaire. La moindre cause suffit quelquefois pour déterminer ces contractions douloureuses, par exemple : un contact cutané (qui pourtant n'est pas perçu), léger, mais répété ; par exemple aussi une secousse imprimée au lit du malade ; elles semblent quelquefois survenir spontanément, surtout la nuit et troublent le sommeil. Il ne semble pas y avoir d'autres troubles subjectifs de la sensibilité en dehors de ces contractions douloureuses,

Tronc. — Les troubles de la sensibilité objective s'étendent sur le tronc jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant un peu au-dessus des mamelons, vers l'extrémité sternale de la cinquième côte. Ces troubles s'atténuent de bas en haut : au niveau de l'abdomen, les sensations fortes sont légèrement perçues, mais toujours mal localisées et avec un retard assez considérable. Au niveau de la limite supérieure, il ne s'agit plus que d'hypéresthésie : il n'y a pas de transition brusque, pas de zone d'hypéresthésie. Il semble qu'il y ait un certain degré de conservation de la sensibilité autour de l'anus ; les contacts même légers, sont parfois perçus ; sur le scrotum, les piqûres sont seules parfois senties.

Le malade est incapable de se soulever ou de se tourner : les muscles du tronc semblent complètement paralysés. Il n'y a pas de paralysie du diaphragme. Il y a de l'incontinence d'urine seulement la nuit ; le besoin d'uriner n'est plus perçu.

Membres supérieurs : 1° A gauche. a). Motilité. Pas de déformation de la main, ni de griffes des doigts ; mais en position normale, phalanges en demi-flexion sur la main et les unes sur les autres. Immobilité à peu près complète des doigts ; les fléchisseurs et les extenseurs sont à peu près totalement paralysés. Les mouvements d'extension de la main se font encore avec assez de force, la flexion est totalement impossible ; si l'on place l'avant-bras en supination et la main renversée en extension, le malade est incapable de la relever.

La pronation et la supination sont encore possibles ; la première se fait sans force ; la seconde avec une vigueur presque normale ; le long supinateur durcit et forme une corde sous la peau. La flexion de l'avant-bras se fait avec force et l'on sent et voit se durcir le biceps d'une façon normale. Paralysie complète du triceps brachial ; l'adduction et l'abduction du bras se font avec force et l'on sent se durcir le deltoïde et le grand pectoral. Les mouvements de projection en avant et en arrière se font facilement, le premier avec plus de force que le second. L'omoplate est appliqué contre le tronc et en position normale ; il bascule normalement dans les mouvements d'élévation du bras. Les épaules se soulèvent avec force et le trapèze se contracte bien dans ses diverses portions.

En résumé ; *Paralysie* ; interosseux et lombricaux, fléchis-

seurs superficiel et profond, petit et grand palmaire, cubital antérieur, extenseurs communs et propres des doigts; triceps brachial.

Parésie : rond pronateur, carré pronateur, radiaux, cubital postérieur.

Intégrité : long supinateur, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, grand pectoral, deltoïde, grand dentelé et muscles de la ceinture scapulaire.

Réflexes : tendineux ne peuvent être provoqués. Pas de contractures douloureuses comme dans les membres inférieurs.

b) Sensibilité est intacte dans ses trois modes (pour la température, elle a été cherchée d'une façon assez sommaire sans instrument spécial), sauf dans une zone étroite allongée à la face interne du bras, où les sensations tactiles sont moins bien perçues. Mais même dans cette région, un contact un peu fort est toujours perçu, mais avec moins d'intensité que dans le reste du bras : un effleurement très léger, n'est pas perçu alors qu'il l'est dans le reste du bras.

Trophicité : Pas d'atrophie, pas d'œcolème, pas de troubles trophiques.

2. A droite : Les troubles de la motilité présentait exactement les mêmes localisations avec les différences d'intensité suivantes : les fléchisseurs de la main et des doigts peuvent encore ébaucher quelques mouvements. Les extenseurs des doigts sont aussi paralysés que du côté gauche, mais les extenseurs de la main sont mieux conservés encore que du côté gauche. Pas de différences pour les autres muscles, les troubles de la sensibilité sont identiques ; même zone d'hypéresthésie à la face interne du bras.

Tête et cou : Intégrité absolue des muscles innervés par le bulbe : mouvements de la mimique, de la mastication, de la déglutition, de la parole se font d'une façon absolument normale. La respiration et la circulation se font d'une façon normale ; pas de glucosurie, ni d'albuminurie, ni vertiges, ni céphalée, ni délire. Aucun phénomène du côté des yeux, aucun trouble de la musculature externe. Pas de nystagmus. Aucun trouble pupillaire : pupilles égales réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Aucun trouble du côté des autres organes des sens.

Pas de troubles vaso-moteurs à la face.

26 août. Mêmes phénomènes. Si on pince un pli cutané le malade n'accuse aucune sensation, il sent quelque chose, mais ne peut préciser. Il a conscience des mouvements passifs imprimés à ses membres. Il conserve toujours les mêmes contractions *réflexes douloureuses*. Il lui semble parfois sentir ses membres inférieurs se mouvoir et cependant, s'il les regarde à ce moment il les voit immobiles (hallucination des sensibilités profondes et musculaires).

4 septembre. Mêmes phénomènes, et de plus, à gauche, hypéresthésie du petit doigt et du bord interne de la main. Le grand pectoral des deux côtés se contracte moins bien dans sa portion sternale.

7 septembre. A gauche, l'hypéresthésie au contact s'étend à une zone plus large : face interne du bras, de l'avant-bras, bord interne de la main et petit doigt. A droite, elle reste localisée à la face interne du bras. Il ne s'agit toujours que d'une hypéresthésie légère, *ne pouvant être décelée* que par un examen minutieux. Apparition d'une double eschare fessière.

10 septembre. Mêmes phénomènes. La localisation radiculaire très nette des troubles de la motilité et de la sensibilité permet de fixer les limites supérieures de la lésion spinale. On reporte cette limite sur un schéma, on la fait passer en avant horizontalement entre les sixième et septième racines motrices cervicales ; en arrière, elle s'élève moins haut, passe entre les première et deuxième dorsales à droite, entre les septième et huitième cervicales à gauche. Il est vrai que les douleurs assez vives qui existent toujours, sans localisations précises dans toute l'étendue des deux membres supérieurs, permet de supposer que les racines de tout le plexus cervical sont plus ou moins irrités, soit dans leur trajet extra-médullaire.

La limite inférieure est beaucoup plus difficile à établir ; il est certain que la lésion n'atteint pas toute la hauteur de la moelle ; les contractions réflexes douloureuses qui se produisent quelquefois par un simple contact, prouvent l'intégrité de l'arc réflexe. Cet arc réflexe est intact au moins jusqu'à la limite inférieure de la moelle dorsale, car une excitation cutanée ou profonde de la racine de la cuisse provoque encore des contractions réflexes. Il est impossible de pousser

16 septembre. Des deux côtés les troubles de la sensibilité s'étendent : le pouce seul conserve une sensibilité à peu près normale. Les eschares se sont creusées, le malade a de la fièvre, est postré, l'auscultation fait entendre un souffle tubaire à la base droite. Mort le 18 septembre.

OBSERVATION IV

Communiquée par M. le professeur RAYMOND.

Syringomyélie chez un saturnin.

Début avec douleurs distinctes des coliques de plomb. Atrophie musculaire. Mains en griffe. Dissociation de la sensibilité.

Le nommé R... L. A... âgé de 47 ans. Peintre en bâtiments. — Constitution faible. Entré le 15 juin 1898. Salle Bouvier. Lit n° 12.

Histoire de la maladie.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, très bien portante.

Père, 71 ans, bien portant, hospitalisé.

1 frère, mort de la poitrine à la suite d'influenza.

1 sœur, morte de convulsions.

1 frère, vivant âgé de 32 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Intelligence affaiblie, regard sans précision. Elevé en nourrice à la campagne. N'a pas eu de maladie d'enfance ou autre : nie toute maladie vénérienne.

Il y a 7 ans, ce malade qui maniait la céruse a eu une attaque de colique de plomb, qui l'obligeait à garder le lit pendant trois mois : Paralysie de la main gauche. Rétabli il a repris le travail, mais n'a plus recouvré la force dans les mains qui restèrent faibles : il pouvait à peine tenir son pinceau.

Deux ans après seconde crise avec douleurs distinctes de coliques de plomb qui l'obligeait de garder le lit pendant deux mois environ et à la suite de laquelle il cessa tout travail, les mains lui refusant tout usage.

La main droite se prit il y a deux ans.

L'aspect général du malade est celui d'un débile. Il parle et comprend bien ce qu'on lui dit.

La sensibilité est conservée sur toute la surface du corps, excepté à l'extrémité des doigts des pieds et aux mains ainsi qu'en certaines parties des bras et des avant-bras consignées dans le schéma et contre. Il ne sent pas la douleur aux mains et aux avant-bras.

Sensibilité bien conservée au scrotum et à la région anale.

Zone d'anesthésie presque complète ou plutôt d'hypéresthésie dans la région cervico-dorsale.

Membres inférieurs

Motilité. Marche péniblement. Parésie.

Cuisse gauche est en adduction forcée.

Réflexes rotuliers exagérés à gauche, diminués à droite.

Trépidation à droite, pas à gauche.

Raideur, flexion limitée des deux jambes sur les cuisses. Pas d'atrophie.

A la cuisse gauche, région fessière tronc de cicatrice.

Le grand trancher gauche est abaissé, la cuisse gauche est en adduction forcée et le pied en rotation en dedans.

Membres supérieurs.

Mains cyanosées et couvertes de multiples cicatrices de brûlures. Eminences thenar et hypotenar atrophiés aux deux mains. Avant-bras notablement émacié et atrophiés. Deltoïdes atrophiés des deux côtés.

OBSERVATION V

WICHMANN. *De la formation des tumeurs et des cavités dans la moelle. Tübingen, 1887.*

Cité pour BRUHL. Thèse de Paris.

Début douloureux. Atrophie.

Homme de 34 ans. Maçon, Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Début de l'affection. Il y a huit ans il fut pris de douleurs très vives dans la nuque, dans la poitrine, avec irradiations, dans les bras.

État fébrile durant trois semaines.

Une année plus tard, après avoir soulevé un fardeau très lourd il ressentit une douleur vive le long et la colonne vertébrale, diminution notable de la force musculaire dans les membres supérieurs, léger affaiblissement des membres inférieurs.

Quelques mois après, nouvelle aggravation : douleurs à la région lombaire, impotence fonctionnelle presque complète des membres inférieurs et supérieurs.

Amélioration pendant plus d'un an, suivi de rechute.

Cinq années après le début des accidents, nouveaux progrès de la maladie ; le malade ne peut ni se tenir debout, ni marcher : fourmillements dans les pieds, les mollêts, les doigts de la main — œdème des membres inférieurs jusqu'aux genoux.

Tous ces désordres parurent encore une fois s'amender, mais pour peu de temps, et après une dernière rémission l'impotence des membres inférieurs devint définitive.

Le malade ne peut ni se tenir debout ni marcher. Pas d'atrophie des membres inférieurs qui sont atteints de paralysie spasmodique avec épilepsie spinale et léger degré de contraction. Exagération notable des réflexes. Phénomène du pied.

L'examen de la sensibilité a été pratiqué d'une façon incomplète ; il est noté que le malade sent à peine les piqûres.

Aux membres supérieurs, la force musculaire est très diminuée. Il y a un peu d'atrophie des deltoïdes, un atrophie notable des interosseux et des muscles de l'éminence thénar surtout du côté droit.

La sensibilité est à *peu près* conservée.

Le ventre est très ballonné, probablement à cause de la parésie des muscles de l'abdomen. Constipation opiniâtre. Besoin impérieux d'uriner. Perte des fonctions génitales. Il existe deux zones d'hypéresthésie sur le côté droit du corps, où toute excitation, même légère, de la peau provoque une sensation très douloureuse. L'une occupe toute la région élépinguinale, l'autre la région sous-claviculaire : sur le reste du tronc, la sensibilité est très diminuée. Elle redevient normale à la tête et au cou.

M. de Renz fit le diagnostic de *néoplasme du renflement cervical*. Il exclut la pachyméningite parce que la déformation de la main (extension exagérée) signalée par Charcot et Joffroy faisait défaut et à cause de la marche spéciale de l'affection (alternatives de rémissions et d'exacerbations) qui appartient presque exclusivement aux tumeurs dont la plus fréquente est le gliome avec syringomyélie. Il fit même une tentative de localisation s'appuyant sur l'existence des deux zones. L'hypéresthésie, il pensa que la cavité devait s'étendre de la première paire lombaire à la quatrième paire cervicale. Ainsi serait expliquée la parésie des muscles de l'abdomen. De plus, il y aurait une dégénération descendante des cordons latéraux.

L'extension du gliome jusqu'à la quatrième paire cervicale, le voisinage du nerf phrénique devaient faire redouter une mort rapide par asphixie.

La mort survint en ces conditions en mai 1885.

L'autopsie confirma pleinement le diagnostic.

Examen macroscopique de la moelle. — Augmentation de volume du renflement *cervical* qui constitue une véritable tumeur, convexe en arrière, concave en avant, dont la conférence mesure deux centimètres de plus que le reste de la moelle.

Au-dessous de cette tumeur on trouve à l'intérieur de la moelle en cylindre creux, allongé, paraissant prendre la place du canal central et s'étendant jusqu'à 5, cent., du filum terminale sur une longueur de 21 cent., environ ; cette cavité peut

contenir un crayon ou un manche de scalpel ; elle se rétrécit graduellement au voisinage de la moelle lombaire.

Au-dessus de la tumeur cervicale cette cavité est peu étendue et représente une fente à parois épaisses située dans le cordon postérieur gauche.

Examen microscopique, pratiqué sur des coupes sérieées de bas en haut.

Pas d'altérations de la partie inférieure de la moelle jusqu'à 5 cent., filum terminale. Le canal central a la forme d'un cordon plein ; il est entouré de couches concentriques de tissu conjonctif qui va se confondre avec celui qui va enserrer le cordon postérieur, surtout du côté gauche.

A 7 ou 8 cent., au-dessus du filum terminal, le canal central est normal ; sa cavité n'est pas comblée à l'inverse de ce qui a lieu plus bas.

Dans le cordon postérieur gauche se trouve une cavité de forme triangulaire à base externe, à sommet regardant en dehors, ayant de 2 millim., de largeur et entourée d'une masse néoplasique épaisse. La paroi de cette cavité est formée d'une substance finement feutrée renfermant de nombreux noyaux ; la trame ainsi constituée est plus lâche du côté de la cavité qu'à la périphérie. Il n'y a pas d'épithélium de revêtement. En somme, la limite de la cavité, c'est la tumeur même.

En ce point on constate que les vaisseaux de la tumeur sont épaissis et sclérosés ; la substance grise est normale et les cordons latéraux tout à fait indemnes. A 11 centimètres du silum terminal (partie inférieure de la moelle dorsale) la tumeur occupe tout l'espace compris entre les deux cornes postérieures qu'elle écarte l'une de l'autre ; le canal central existe, mais sa cavité est tantôt libre, tantôt oblitérée. Ici commence la dégénérescence de cordons latéraux.

Vers la partie *moyenne* de la moelle dorsale, on trouve une deuxième cavité à côté de la première. La nouvelle a une paroi antérieure de 2 millimètres, une postérieure de 3 millimètres ; elle est entrée à gauche en avant et en dehors de la première ; elle forme un cylindre facilement énucléable.

A la partie supérieure de la moelle dorsale ces deux tumeurs fusionnent, constituant une seule masse arrondie qui occupe tout le centre de la moelle.

Dans la région *cervicale* inférieure, la tumeur devient plus irrégulière et dentelée.

Par une coupe, on voit que la paroi riche en vaisseaux anastomosés, le long desquels se trouvent de noyaux, est formée de fibrilles qui convergent vers la cavité centrale. Quelques-uns de ces fibrilles analogues aux prolongements des cellules gliomateuses pénètrent dans la cavité qui n'est pas revêtu d'épithélium. On trouve encore à ce niveau dans la paroi de la cavité des amas d'une couleur brun-jaunâtre, composés de corpuscules brillants qui sont le reliquat probable des globules rouges.

Dans la *moelle cervicale*, la tumeur occupe toute la coupe. Elle est formée de cellules de gliome avec noyaux ovalaires et prolongements tenus. C'est une masse grise parsemée de taches vitreuses brunâtres.

Au-dessus de la tumeur, le canal central redevient normal.

Au voisinage de la moelle allongée, on constate une dégénérescence complète des cordons de Goll et dans le faisceau de Burdach du côté gauche une fente de 1 mm. 8 qui disparaît un peu plus haut.

En résumé, l'autopsie a permis de reconnaître un gliosarcome du renflement cervical dont l'apparition semble avoir marqué le début de la maladie, un gliome central avec cavité également dans le faisceau de Burdach gauche au-dessus de la tumeur cervicale. Il y avait enfin une dégénérescence descendante des deux faisceaux pyramidant, ascendante des cordons de Goll, l'une au-dessous, l'autre au-dessus de la tumeur.

OBSERVATION VI

HEGEMANN Paul. — *Zur casuistik der Rückenmarks krankheiten. Thèse inaugurale. 1889.*

Douleurs, symptôme initial, précédant de plusieurs années l'atrophie musculaire et la dissociation de la sensibilité.

X... Peintre sur verre. Douleurs cuisantes à la nuque. Plusieurs années plus tard, parésie du bras droit; puis fourmillement. Les muscles de l'éminence thénar sont très atrophiés. Dissociation de la sensibilité dans le bras droit; hypéresthésie à la douleur et à la température à gauche. Troubles vasomoteurs.

Dans la littérature, nous avons trouvé un grand nombre d'observations de syringomyélie à début douloureux.

Au lieu de les reproduire dans cette thèse, il nous a paru plus rationnel d'en indiquer le nombre en le rapportant au nombre total des observations. Ainsi :

Dans le travail de Dimitroff où se trouvait groupés sous forme de tableau tous les cas de syringomyélie publiés depuis 1887, nous avons relevé 34 cas de syringomyélie à début douloureux sur un nombre total de 297 observations.

La thèse de Bruhl contient 13 cas de syringomyélie à début douloureux sur un nombre total de 36 observations.

Dans la thèse de Critzmann nous avons relevé 4 cas de syringomyélie à début douloureux sur un nombre total de 18 observations.

CONCLUSIONS

1. La douleur peut constituer pendant longtemps l'unique symptôme initial de la syringomyélie.

2. Par son caractère et par sa distribution elle peut présenter une grande valeur pour dépister la syringomyélie au début et pour aider au diagnostic de cette affection, d'avec certaines maladies du système nerveux à manifestations douloureuses.

3. Par sa localisation elle peut être ramenée au siège de la lésion qui la provoque et constituer ainsi un précieux élément de diagnostic topographique,

4. En raison de sa précocité et de sa valeur diagnostique, elle constitue un symptôme de grande valeur au point de vue du pronostic et du traitement.

Vu le doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,
CHANTEMESSE.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Cette note bibliographique indique spécialement les ouvrages que nous avons pu consulter dans le texte original.

Mais, en se reportant aux indications que nous y avons ajoutées, on pourra facilement constituer la bibliographie complète sur l'ensemble de la question, depuis 1865 jusqu'à ce jour.

Il ne nous a pas semblé utile de transporter cette importante bibliographie dans cette thèse où elle n'aurait eu d'autre mérite que d'augmenter le nombre des pages.

Brissaud. Leçons sur les maladies du système nerveux. Leçons IX et X.

Bruhl. Thèse de Paris, 1890.

Charcot. Leçons du mardi. I et II vol.

Bruns. Beitræge für chirurgie des Rucheumarckes. *Arch. für Pscych. und Nerverheilk*, vol. XXVIII, pages 97-168.

Critzmann. Essai sur la syringomyélie. Thèse de Paris, 1892.

Debove. *Société médicale des Hôpitaux*, févr. 1889.

Déjérine. *Société médic. des Hôpitaux*, 1889, *Sem. médic.* 1889. Société de biologie, 1890-1891.

Dimitroff. Ube. syringo myélie. In *Deutsche zeitschrift für Psychiatrie udd norveuheilkunde*, vol. XXVIII.

Hilton. Kest and Paris.

Hoffmann. Zur hehre von der syringomyelie, in *Deutsche*

Zeitschrift für nerveuheilkunde, 1893, vol. III. avec bibliographie pour la période de 1865 à 1892.

Kolher. Prager Medizin. Wochenschrift, 1882 et 1888.

Raymond. Contribution à l'étude des tumeurs névrogliales de la moelle épinière. *Archives de Neurologie*, août 1893.

Roux et Paviot. Un cas de tumeur de la moelle. Diagnostic par les localisations radiculaires. *Archives de neurologie*, juin 1898, n° 30.

Saxer. Sammelreferat über syringomyelie in *Centralblatt für allg. Patholog. und patholog. Anatomie*, 1898, janvier et février.

Avec bibliographie dans l'ordre alphabétique pour la période de 1892 à 1898.

Schlesinger. Beiträge zur klinik der Rückenmarks und Wirbeltumoren, 1898.

Ce travail contient une bibliographie par ordre alphabétique, de 589 ouvrages, se rattachant à la question des tumeurs, de la moelle épinière et des vertèbres.

Schlesinger. Die syringomyelie. Monographie, 1895.

Ouvrage contenant une importante bibliographie.

Schultze. Virchow's Arch. 1882. *Zeitschrift für Klinische Medizin*, vol. XIII.

